

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1931-1932

N° 57

TRAITEMENT
DES DYSTOCIES PELVIENNES
A LA CLINIQUE
D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX
de 1920 à 1930

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Décembre 1931

PAR

Jean-Jacques-Étienne STÉPHAN

Né à Châteaulin (Finistère), le 9 mars 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, Professeur	Président.
		ROCHER, Professeur	Juges.
		FAUGÈRE, Agrégé	
		CHARRIER, Agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

TRAITEMENT
DES DYSTOCIES PELVIENNES
A LA CLINIQUE
D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX
de 1920 à 1930

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Décembre 1931

PAR

Jean-Jacques-Étienne STÉPHAN

Né à Châteaulin (Finistère), le 9 mars 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, Professeur	Président.
		ROCHER, Professeur	Juges.
		FAUGÈRE, Agrégé	
		CHARRIER, Agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. FOUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUICHE.

PROFESSEURS

MM.			MM
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale in-	
Clinique chirurgicale.	CASSAET.	fantile et orthopédie	ROCHER
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique...	GUYOT.
que générales.	BEGOUIN.	Clinique médicale des ma-	
Clinique d'accouchements.	CARLES.	ladies des enfants.	CRUCHET
Anatomie pathologique et	ANDERODIAS.	Chimie biologique et mé-	
microscopie clinique.	SABRAZES.	dicale.	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMIN.	Physiologie médicale et phar-	
Anatomie générale et his-	G. DUBREUILH.	maceutique.	SIGALAS.
tologie	PACHON.	Médecine coloniale et clini-	
Physiologie	LEURET.	que des maladies exoti-	BONNIN.
Hygiène.	LANDE	ques.	
Médecine légale et déon-	RÉCHOU	Clinique des maladies cuta-	PETGES.
tologie	CHÈLLE,	nées et syphilitiques.	DUVERGEY
Electroradiologie et clin.	BEILLE.	Clin. des mal. des voies urinaires ..	
d'électricité médicale. ..	DUPOUY.	Clinique des maladies ner-	ABADIE
Chimie	MANDOUL	veuses et mentales.	PORTMANN.
Botanique et matière mé-	DUPERIE.	Toxicologie et hygiène ap-	
dicale.	TEULIERES.	pliquée.	LABAT.
Pharmacie		Hydrologie thérapeutique	SELLIER.
Zoologie et parasitologie..		et climatologie.	
Médecine expérimentale..			
Clinique ophtalmologique.			

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM
Anatomie	DUBECO.	Chirurgie générale.	PAPIN.
Technologie.	DUFOUR.		JÉANNENEY
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	CHARRIER.
Parasitologie et Sciences	R. SIGALAS.		LOUBAT.
naturelles			PERY.
	CREYX		RIVIERE.
Médecine générale.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
	DAMADE.	Dermatologie et syphillogra-	
	PIECHAUD.	phie.	JOULIA.
	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharma-	
Maladies mentales.	PERRENS.	ceutique et toxicologie...	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Puériculture	FAUGERE.
Médecine opératoire	PAPIN	Pharmacie chimique	GOLSE
Accouchements	RIVIERE.	Zoologie et parasitologie.	R. SIGALAS.
Ophtalmologie	CABANNES		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N...

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

*Pour toute la tendresse dont
elle m'a entouré.*

A MON PERE

A MA MERE

*Au seuil de cette carrière dont
vous m'avez facilité l'accès, je
vous dédie ces pages, en témoi-
gnage de reconnaissance et de
profonde affection.*

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRERE

*En témoignage de ma grande
affection.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAUGERE

CHARGÉ DU COURS DE PUÉRICULTURE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
CROIX DE GUERRE

A M. LE DOCTEUR FAVREAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE
CROIX DE GUERRE

A MES CAMARADES

DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A M. LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR ANDERODIAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, c'est avec une réelle émotion que nous jetons un dernier regard sur notre vie d'étudiant. Maintenant apparaît devant nous une nouvelle période de notre vie. Avant de l'entreprendre, nous nous ferons une joie de remercier de tout cœur nos parents, dont le dévouement inlassable à notre égard, nous a toujours confondu.

Nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Bordeaux, pour leurs précieux enseignements.

Nous n'oublierons jamais les trop courtes années passées dans les divers services hospitaliers de Bordeaux, nous adressons en particulier à tous les maîtres dont nous avons eu l'honneur d'être le stagiaire l'expression de notre respectueux attachement.

Tous nos remerciements aussi vont à nos professeurs de l'Ecole annexe de médecine navale de Brest qui nous guidèrent au début de nos études médicales.

Que notre maître, M. le professeur Andérodias, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous fait le grand honneur de la présider, veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et accepter nos bien sincères remerciements.

INTRODUCTION

Sans reprendre l'histoire de la question, il semble que les idées au sujet de cette thérapeutique aient passé par trois phases. Ce fut d'abord le temps de l'obstétrique de force, où l'on demandait au forceps et à la version l'extraction du fœtus ; en cas d'échec, l'on devait avoir recours à l'embryotomie céphalique.

Puis apparut l'accouchement prématuré provoqué qui eut rapidement une vogue considérable jusqu'au jour où les pelvitomies entrèrent en lutte avec lui, avec leurs alternatives de succès et d'oubli, et où enfin, il fut complètement détrôné, grâce à l'asepsie chirurgicale par l'obstétrique opératoire.

Ce fut la césarienne abdominale conservatrice qui conquis le droit de cité. Mais l'expérience ne tarda pas à montrer que cette opération ne donne des résultats irréprochables que quand on la pratique avant, ou tout à fait au début du travail.

De cette constatation naquit la césarienne prophylactique, et désormais, on ne devait plus se laisser surprendre par la dystocie, mais il fallait la prévoir, et y remédier d'une façon précoce.

Cette doctrine suscita une floraison excessive d'opérations césariennes. Bar, qui fut le créateur de la césarienne prophylactique, s'était rendu compte qu'elle était souvent inutile, et il disait au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Paris en 1925 : « Quand Pinard, Farabœuf, Varnier, bataillaient pour la symphyséotomie, ils combattaient

contre les applications de forceps au détroit supérieur, les embryotomies, les versions de force, quand j'ai réagi et élargi le problème en préconisant la césarienne précoce, j'ai voulu moins opposer la section césarienne à la symphyséotomie que tendre vers une prophylaxie moins précaire, mais combien d'interventions inutiles. »

L'on dût restreindre son champ d'action, et beaucoup d'écoles ne renoncèrent pas à la provocation de l'accouchement et à la symphyséotomie.

L'apparition de la césarienne basse vint remettre en honneur l'expectative obstétricale, dans le traitement des bassins moyennement viciés ; c'est à cette expectative parfois assez prolongée que l'on donne le nom de l'épreuve du travail.

Nous nous sommes proposés dans ce modeste travail, d'étudier le traitement des dystocies pelviennes de 1920 à 1930, à la clinique d'accouchements de Bordeaux. Nous nous baserons, pour apprécier le degré de viciation pelvienne sur la valeur du diamètre promonto-sous-pubien, qui n'est d'ailleurs qu'un élément d'appréciation, la forme du bassin, sa symétrie, la configuration de son excavation, les dimensions de son détroit inférieur, intervenant dans une large mesure. Néanmoins le promonto-sous-pubien est le plus important de ces facteurs.

Notons que c'est en 1926, qu'apparaît la césarienne basse à la clinique d'accouchements de Bordeaux et que disparaît l'accouchement prématuré provoqué. Le problème de la dystocie se trouve totalement modifié.

De la statistique des interventions pratiquées, nous ferons une étude point par point.

Nous insisterons sur les avantages de la césarienne basse, nous en ferons une comparaison avec la césarienne corporéale, nous verrons le rôle important de la rachianesthésie. Nous étudierons l'épreuve du travail et ses résultats, puis la conduite à tenir chez une femme présentant un bassin rétréci. Enfin, nous verrons l'avenir obsté-

trical des femmes ayant subi l'opération césarienne basse et nous terminerons en publiant les observations de césariennes basses pratiquées pour dystocies pelviennes à la clinique d'accouchements de Bordeaux de 1926 à 1930.

CHAPITRE I

ETUDE D'ENSEMBLE DES INTERVENTIONS PRATIQUEES POUR DYSTOCIES PELVIENNES

Du 1^{er} janvier 1920 au 31 décembre 1930, en dix ans, 8.952 accouchements ont été pratiqués à la clinique obstétricale de Bordeaux.

145 ont nécessité une intervention pour lésion pelvienne.

Ces 145 interventions représentent :

22 forceps au détroit supérieur ;

4 versions ;

7 basiotripsies ;

22 accouchements prématurés provoqués ;

41 césariennes corporéales ;

49 césariennes basses.

1° *Forceps.*

Il a été pratiqué 22 applications du forceps au détroit supérieur.

La mortalité maternelle fut nulle.

La mortalité infantile avec 9 décès fut de 40,8 p. 100.

2° *Versions.*

Il n'a été pratiqué pour dystocie pelvienne que 4 versions podaliques par manœuvres internes.

La mortalité maternelle fut nulle. La mortalité infantile avec 1 décès fut de 25 p. 100.

3° *Basiotripsies.*

Il fut nécessaire chez 7 malades de recourir à une basiotripsie. Dans 2 cas il s'agissait de malades amenées dans

le service en plein travail, ayant déjà subi en ville des interventions. Dans les 5 autres cas, l'intervention mutilante ne fut pratiquée qu'après tentatives infructueuses d'extractions au forceps et dans deux de ces cas on avait provoqué l'accouchement.

La mortalité maternelle fut d'ailleurs nulle.

4° *Accouchement prématuré provoqué.*

Il a été pratiqué de 1920 à 1926, 22 accouchements provoqués. Sur ces 22 accouchements, 11 se terminèrent spontanément, soit 50 p. 100.

Chez 11 malades, il fallut recourir à des interventions qui furent les suivantes :

2 césariennes corporéales ;

2 basiotripsies ;

7 applications de forceps dont 3 au détroit supérieur et 4 dans l'excavation.

1^{re} *césarienne.*

Fut imposée chez une primipare de 37 ans, taille, 1 m. 43, dont le promonto-sous-pubien était accessible à 11 cm.

On décida de provoquer l'accouchement à 8 mois et demi. Après une période de dilatation qui dura 48 heures, la tête resta très élevée.

A 16 heures, le 18 mars 1920, on introduit dans le vagin un ballon ; le ballon est expulsé, mais la tête reste très élevée et les bruits du cœur fœtal se modifient par intermittence.

A 17 heures, MM. le professeur Rivière et le docteur Lacouture appelés, décident de faire une césarienne.

T. 37° 2 ; Pouls 110.

La césarienne est faite à 18 heures. L'enfant naît en état de mort apparente, fait 2 ou 3 inspirations, mais ne peut être ranimé ; le poids du fœtus était de 3 kg. 450.

La mère meurt trois jours plus tard de péritonite et infection généralisée.

2^e césarienne.

Il s'agissait d'une femme dont le premier accouchement nécessita une application de forceps et une basiotripsie et qui présenta une déchirure du col.

Le travail ne se déclanchant pas franchement, on introduit un ballon de Champetier que l'on gonfle prudemment. Malgré cela, il se produit une déchirure au niveau de la cicatrice ancienne. On arrête le début de travail (morphine, lavements laudanisés), les contractions disparaissent, le col se referme et on décide d'intervenir par la voie haute, afin d'éviter ainsi l'extension de la déchirure du segment inférieur.

Les suites furent excellentes pour la mère et l'enfant.

Dans le premier cas malheureux, la césarienne basse (pour des raisons que nous verrons plus loin, aurait été actuellement tout indiquée).

Deux basiotripsies furent pratiquées pour disproportion excessive entre la tête et la filière pelvienne après un travail prolongé et surmenage maternel.

Dans 7 cas, l'accouchement ne pût être terminé qu'après une application de forceps : 3 applications au détroit supérieur qui entraînèrent le décès de 2 enfants ; 4 applications dans l'excavation avec une mortalité nulle.

Toutes ces opérations pratiquées au cours d'accouchements provoqués figurent dans la statistique d'ensemble donnée au début de ce travail.

Résultats de l'accouchement prématuré provoqué :

1^o Pour les mères :

En calculant la morbidité en faisant rentrer dans la statistique toute femme ayant présenté une fois 38,5 ou trois fois 38,1, pendant ses suites de couches, la morbidité avec 3 cas fut de 13,6 p. 100.

La mortalité si l'on retrace le cas de décès à la suite de césarienne fut nulle.

2° Pour les enfants :

La mortalité avec 5 décès s'élève à 22,7 p. 100.

5° *Césariennes corporéales.*

Il a été pratiqué 41 opérations césariennes corporéales. Nous n'avons enregistré qu'un seul décès maternel survenu en 1920 (c'est le cas que nous avons cité plus haut).

La mortalité maternelle globale fut donc de 2,4 p. 100.

La mortalité infantile avec 2 décès fut de 4,8 p. 100.

5 malades furent opérées en travail, membranes rompues, la *mortalité maternelle* avec 1 décès fut de 20 p. 100.

La morbidité fut de 19,7 p. 100.

Les accidents comportaient :

Abcès de la paroi, 1 ;

Shok opératoire, 1 ;

Congestion pulmonaire, 1 ;

Phlébites, 2 ;

Pyélonéphrite, 1 ;

Dilatation aiguë de l'estomac, 1.

10 malades figurent 2 fois dans cette statistique, ayant subi chacune 2 opérations césariennes, 4 figurent 3 fois, en ayant subi 3.

Il fut donc pratiqué 13 césariennes itératives et, de ces 13 opérations, les suites furent simples et les résultats excellents pour les mères et pour les enfants.

6° *Césariennes basses.*

Il a été pratiqué pour dystocies pelviennes 49 césariennes basses.

Classification.

Suivant le mode d'anesthésie :

A l'éther, 5 cas :

Au chloroforme, 5 cas ;

Rachi-anesthésie, 39 cas.

Suivant le moment de l'intervention.

Avant tout début de travail, 11 cas.

Pendant le travail, mais les membranes encore intactes, 16 cas.

Pendant le travail, les membranes rompues :

Depuis moins de 10 heures, 11 cas.

Depuis 10 à 30 heures, 8 cas;

Depuis plus de 30 heures, 3 cas.

Pendant le travail, avec membranes rompues et température ($38^{\circ}3$ - $38^{\circ}4$) après de nombreux touchers, 2 cas.

La mortalité maternelle globale avec 5 décès fut 10,2 p. 100.

2 par péritonite ;

1 par hémorragie (anesthésie au chloroforme) ;

1 par phlegmon du ligament large ;

1 par embolie pulmonaire.

La mortalité dans le cas de membranes intactes fut de 2 sur 24 soit 8,3 p. 100.

La mortalité dans le cas de membranes rompues fut 1 sur 25 soit 4 p. 100.

La mortalité dans les cas infectés fut 2 sur 2 soit 100 p. 100.

Nous verrons plus loin ce qu'il y a lieu de penser de ces 2 cas.

Mortalité fœtale : 4 décès.

2 par souffrance fœtale ;

1 cause inconnue ;

1 par fracture du crâne à la suite de multiples applications de forceps antérieures.

Soit 8,1 p. 100.

Il a été pratiqué 6 césariennes itératives, l'une d'entre elles fut faite 31 heures après le début du travail. Dans tous les cas, la cicatrice avait résisté.

REFLEXIONS

Nous n'insisterons pas sur les opérations mutilatrices pour le fœtus imposées par la nécessité, nous pouvons espérer qu'elles ne seront plus pour l'accoucheur que de mauvais souvenirs : « Sacrifier l'enfant pour la mère est une légende qui doit disparaître ». La basiotripsie ne peut et ne doit servir qu'en cas de mort du fœtus ou sur l'enfant vivant dont on estime la vie compromise après plusieurs tentatives de forceps, encore faut-il certaines conditions (col dilaté, utérus pas trop infecté).

Le forceps au détroit supérieur devra être banni de la thérapeutique des dystocias pelviennes. La mortalité fœtale par fracture du crâne et hémorragies encéphalo-méningées est considérable. Nous avons trouvé une mortalité de 40,8 p. 100.

Le forceps ponté l'excavation et gêne la descente d'une tête qui est dans l'impossibilité de s'adapter par le mécanisme de l'asynclitisme postérieur en se logeant dans la concavité sacrée s'il s'agit d'un bassin annelé.

Le forceps au détroit supérieur n'est donc, le plus souvent, qu'une « embryotomie déguisée ». Ce n'est seulement que lorsque la tête a franchi l'obstacle du détroit supérieur que se pose l'indication du forceps. *La version avec manœuvre de Champetier de Ribes*, dont nous n'avons relevé que quatre cas, est un procédé d'exception, les conditions requises pour la pratiquer sont trop rares. Il faut, en effet, que l'utérus contienne suffisamment de liquide, qu'il n'y ait pas de contractions répétées, ni de contracture, qu'il n'y ait pas de disproportion manifeste entre la tête et le bassin et que celui-ci soit aplati pur.

L'accouchement prématuré provoqué avait, avant l'avènement de la césarienne basse, la grande vogue. Le pronostic maternel justifiait sa faveur. Andérodias et Balard,

nécessités par l'inadaptation de la tête fœtale au bassin. tions sur vingt-deux cas d'accouchements provoqués), au Congrès de Gynécologie en 1925, ont montré qu'il y avait une mortalité maternelle de 1 % environ. Dans notre statistique, reposant sur vingt-deux cas, la mortalité fut nulle. Par contre, la morbidité maternelle est assez élevée.

Le pronostic fœtal immédiat est franchement mauvais : 22,7 % dans notre statistique. Les décès résultent surtout de la fragilité des enfants prématurés et, surtout, des manœuvres d'extraction (nous avons trouvé onze interven-

D'autre part, on ne peut pas être absolument sûr que l'accouchement ne pouvait pas se faire à terme naturellement, nous n'avons pas l'opportunité de l'essayer comme nous l'avons, lorsque nous sommes décidés à faire la césarienne basse.

Brindeau, plus sévère que l'école de Lyon, réserve seulement l'accouchement prématuré provoqué « aux multipares, à bassin peu touché, chez lesquelles un ou plusieurs accouchements antérieurs se sont terminés par la naissance d'enfants vivants, et qui semblent contenir dans leur utérus un fœtus volumineux, en ayant soin de ne jamais provoquer le travail avant huit mois et demi ».

Ce sont là alors des indications bien restreintes.

CHAPITRE II

AVANTAGES DE LA CESARIENNE BASSE

1° L'incision de la paroi est plus courte que dans la césarienne haute, dix centimètres au lieu de seize environ, elle est limitée à la région sous-ombilicale. A ce niveau, les muscles grands droits sont épais et très rapprochés, les aponévroses solides, il en résulte de meilleures conditions pour obtenir une cicatrice résistante et éviter l'éventration ;

2° L'incision utérine siège à la hauteur du petit bassin, région beaucoup plus résistante à l'infection que la grande cavité péritonéale. Les anses intestinales et l'épiploon ne prendront contact avec la cicatrice que très tard, lors de la réintégration de l'utérus dans le petit bassin lorsque l'organe aura repris son volume presque normal, d'où pas d'adhérences pouvant entraîner des difficultés et des accidents lors des césariennes itératives. On en a signalées avec la vessie, mais elles sont bien plus rares et moins graves ;

3° Le choc opératoire est réduit au minimum, les anses intestinales étant refoulées par le globe utérin ; à aucun moment, au cours de l'intervention, on ne les aperçoit. Les malades présentent le plus souvent le facies des accouchées normales. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on observera de l'élévation de la température, de l'accélération du pouls, du ballonnement du ventre, complications assez fréquentes de la césarienne corporéale ;

4° Le péritoine étant lâche au niveau du segment inférieur, le décollement péritonéal y est facile, ce qui permet de recouvrir la cicatrice utérine, avec deux pans de péritoine, et de protéger la grande cavité péritonéale contre

l'infection. On obtient ainsi une péritonisation supérieure à celle que l'on réalise au cours d'une hystérectomie ;

5° La césarienne basse permet enfin l'épreuve du travail. Nous étudierons plus loin en détail cette épreuve et ses résultats.

Avantages de la rachianesthésie

La rachianesthésie paralysant le centre inhibiteur lombaire, l'utérus n'est plus que sous la dépendance du sympathique ; il en résulte une rétraction parfaite du corps utérin, *l'hémorragie est considérablement diminuée*, tandis qu'avec l'anesthésie générale on a les risques d'une hémorragie grave.

Nous avons relevé (obs. VIII) un décès six heures après l'opération par hémorragie. Après échec de la rachianesthésie, la malade fut anesthésiée au chloroforme.

La rachianesthésie est employée systématiquement à la clinique d'accouchements de Bordeaux, en dehors des contreindications locales (tel que mal de Pott) et de ses contreindications habituelles, hypotension, syphilis, tuberculose fébrile en évolution. Elle donne de bons résultats, ainsi que le prouve la statistique suivante de Mahon qui, dans sa thèse (Bordeaux 1930), a étudié sur 57 interventions pratiquées à la Maternité la façon dont s'est comporté l'utérus au point de vue hémorragique sous rachianesthésie et sous anesthésie générale :

	RACHIANESTHÉSIE	ANESTHÉSIE GÉNÉRALE
	—	—
	<i>Pourcentage</i>	<i>Pourcentage</i>
	—	—
Hémostase très bonne..	81,3	57,1
Hémostase moyenne...	18,6	14,2
Hémostase mauvaise...	0	28,2

Mahon entend par bonne hémostase une opération exécutée presque à blanc.

Par mauvaise : une opération pratiquée sous une hémorragie très abondante, masquant le champ opératoire et nécessitant l'emploi : ergotine, sérum, huile camphrée.

CHAPITRE III

EPREUVE DU TRAVAIL

La parturiente est mise au lit en observation. Au moment de la rupture de la poche des eaux, un toucher nous renseigne sur l'effacement et la dilatation du col, l'on recherche s'il existe une procidence du cordon nécessitant une intervention d'urgence. La parturiente est alors l'objet d'une surveillance incessante. Très souvent, on auscultera le cœur fœtal, on se rendra compte du caractère des douleurs, de la situation de la tête par rapport au bassin, de l'état général de la mère.

Il pourra se faire que pendant cette période, souvent très longue, l'utérus se contracte irrégulièrement ou de façon spasmodique ; les douleurs sont inefficaces et le travail n'avance pas. C'est dans ces cas que la morphine, à petite dose, peut exercer une action bienfaisante : elle atténue la douleur, maîtrise le spasme et rétablit le rythme des contractions. Le travail se remet à progresser.

Mais cette épreuve présente une difficulté : c'est de juger le moment opportun où il y a lieu de la considérer comme négative. Pour juger si le bassin est imperméable, il est nécessaire de pousser l'épreuve du travail jusqu'à la dilatation complète, la période d'expulsion ne doit pas alors dépasser une demi-heure environ. L'épreuve du travail doit donc être poussée assez loin.

A ce moment :

« Le *palper mensurateur*, qui a pu ne donner, jusque-là, que des résultats incertains, met alors en évidence la disproportion possible de la tête et du bassin sans restriction.

L'énergie de la contraction utérine peut donner à ce

moment toute sa mesure ou faire apparaître quelque vice de la contractilité.

Le *mécanisme d'adaptation de la tête au bassin* (c'est-à-dire l'orientation, la flexion, l'attitude synclite ou asynclite) peut être appréciée dans son jeu normal ou pathologique.

L'*appui de la présentation sur le col* vient enfin donner des précisions sur la facilité ou la difficulté éventuelles de la dilatation.

Le fœtus n'a pas encore souffert.

Ce sont les éléments essentiels de la solution.

Si la tête ne déborde pas au niveau de la symphyse pubienne ;

Si les contractions utérines sont énergiques ;

Si la tête est en bonne position, bien orientée ;

Si elle repose sur un col souple ;

Si l'enfant ne souffre pas,

On s'abstiendra.

Si la tête déborde ;

Si les contractions sont déficientes ou pathologiques ;

Si la tête est en mauvaise position, mal orientée ;

Si elle ne prend pas son appui normal sur le col ;

Si le col ne se dilate pas,

On fera l'opération césarienne.

Ce sont là deux cas schématiques ; la décision est rendue souvent difficile parce qu'au lieu d'être concordants certains des éléments du pronostic sont discordants, par exemple :

La tête ne déborde pas mais son attitude est mauvaise ;

La tête est tangente mais son attitude est bonne.

Nous nous rendons compte, dans ces conditions, que ce seront souvent des impondérables qui joueront en faveur de telle ou telle décision. Non seulement on pèsera en les opposant les valeurs respectives des différents signes fournis par l'examen, mais on pourra tenir compte :

De l'âge de la femme,

De son état de santé général,

De petits facteurs accessoires d'infection des voies génitales (touchers plus ou moins nombreux, etc...). » (Favreau)

Résultats de l'épreuve du travail

Odagesco, d'après les statistiques de la clinique Tarnier, de 1921 à 1925, estime que l'épreuve du travail fait éviter 70 % des césariennes. Mais les documents qui sont à la base de ce travail constituent une statistique assez singulière. C'est ainsi qu'en 1921 et 1922, l'accouchement a été spontané dans tous les cas de bassin-limite. En 1923, il y a eu vingt-six accouchements et quatre interventions ; en 1924, il y a eu quatre accouchements spontanés et seize interventions.

Brouha, de Liège, sur un total de 94 parturientes à bassins limites, 61 ont accouché par voie basse (63 % des cas), tandis que 33 (soit 37 %) ont dû être délivrées par la césarienne.

Voici ce que Brouha conclut à ce sujet :

« Est-ce à dire que l'épreuve du travail eut évité 63 % des césariennes ? Je pense que ce serait excessif, mais il me paraît certain que, sous le signe de la doctrine prophylactique, la plupart de ces 61 parturientes eussent été césarisées. Il me semble légitime d'affirmer que, dans le traitement des bassins limites, l'épreuve du travail permet d'éviter la césarienne dans une proportion de cas qui doit osciller autour du chiffre de 50 %. »

Etude de l'épreuve du travail à la Clinique d'accouchement de Bordeaux

Du 1^{er} janvier 1926 au 31 décembre 1930, il a été fait 191 accouchements dans des bassins plus ou moins rétrécis, dont le promonto-sous-pubien était égal ou inférieur à 10,75 sur un total de 4.599 accouchements,

Sur ces 191 accouchements, on a fait :

20 césariennes corporéales ;

8 césariennes basses prophylactiques avant tout travail ;

43 césariennes basses après épreuve du travail.

Dans les 121 cas qui restent, l'accouchement s'est terminé par les voies naturelles, et, parmi ces cas, nous avons relevé 52 bassins limites pour lesquels on a fait l'épreuve du travail.

On a donc fait 95 fois l'épreuve du travail.

Elle a été négative dans 43 cas, soit 45,2 % des cas ; positive dans 52 cas, soit 54,7 % des cas.

De ces 52 accouchements terminés par les voies naturelles, 28 se sont fait spontanément et 24 se sont terminés par une application de forceps dans l'excavation.

CHAPITRE IV

CONDUITE A TENIR EN PRESENCE DE BASSINS RETRECIS

Nous pouvons diviser les bassins rétrécis en trois catégories :

1° Ceux qui ont 10,5 et au-dessus de promonto-sous-pubien. Dans ceux-là, l'accouchement aura lieu presque toujours naturellement si l'enfant est d'un poids normal ;

2° La deuxième catégorie comporte des bassins qui ont entre 9,5 et 10,5 de promonto-sous-pubien ; ce sont ces bassins que nous qualifions de « limites » ;

3° Ceux qui ont au-dessous de 9,5 de promonto-sous-pubien, ce sont ces bassins que l'on désigne sous le nom de bassins « chirurgicaux ».

I. La dystocie a été prévue

A) *Bassins chirurgicaux* :

Ces bassins ne laisseront pas passer, au terme de la grossesse, un enfant normal. Dans ceux-là, l'épreuve du travail est inutile ; si on la fait, elle ne devra pas être poussée très loin. Dans les conditions ordinaires, on devra faire la césarienne d'emblée, césarienne basse de préférence.

Nous avons relevé dans notre statistique 36 césariennes corporéales avant tout début de travail, sans décès maternel, 11 césariennes basses prophylactiques sans décès maternel.

Mais notre statistique est basée sur un nombre de cas trop restreint pour en tirer une opinion.

Bar a présenté une suite de 97 cas de césariennes classiques sans décès ; la moyenne des statistiques donne une mortalité de 1 %.

C'est ce que donne la césarienne basse dans les mêmes conditions.

Gellé, dans sa thèse sur un relevé de 761 cas, arrive au taux de 0,91 %.

Nous préférons toutefois, en raison de la meilleure qualité de la cicatrice (comme nous le verrons plus loin), de l'absence d'adhérences, de ses suites de couches plus simples : la césarienne basse.

B) *Bassins limités :*

C'est pour cette catégorie que l'on pratiquait autrefois la symphyséotomie, et que quelques écoles pratiquent encore l'accouchement prématuré provoqué. Nous avons vu ce qu'il fallait penser de ces méthodes. C'est ici que la césarienne basse présente ses meilleures indications ; l'on pratiquera systématiquement l'épreuve du travail.

La supériorité de la césarienne basse est ici manifeste. Dès que l'on attend, même après des explorations rigoureusement aseptiques réduites au minimum, les membranes intactes, on trouvera une augmentation de la mortalité avec la césarienne haute. De 1 % la mortalité passe à 2,9 (Routh), 1,8 (Münro Kerr), et il ne s'agit, dans ces cas, que « d'un semblant d'épreuve du travail ».

II. La dystocie n'a pas été prévue

a) *Cas impurs.*

Ce sont les cas où les femmes, en travail depuis un certain temps, arrivent à la clinique après avoir subi des examens d'une asepsie douteuse, la poche des eaux rompue, mais sans température. La césarienne basse, par suite de l'étanchéité de la suture, sera tout indiquée.

Nous avons relevé 25 cas de césariennes basses pratiquées, les membranes rompues.

La mortalité, avec un seul décès, est de 4 %.

Gellé, sur 1.652 cas, trouve une mortalité de 2,6 %.

Dans notre statistique :

5 césariennes corporéales furent pratiquées pendant le travail, les membranes rompues, la mortalité avec 1 décès est de 20 %.

Brandt, sur 61 cas de césariennes corporéales tardives, a une mortalité de 13,6 %.

Applegata, 13,9.

Les résultats ne sont pas comparables.

b) *Cas infectés.*

Ce sont ceux où la malade arrive à l'hôpital après avoir subi des tentatives d'extraction du fœtus par forceps, version, et présentant de la température. Dans ces cas, la question est délicate, et les avis partagés ; c'est le sens clinique qui doit guider surtout l'accoucheur.

Il y a lieu de considérer :

1° *Le cas où l'enfant est vivant ;*

2° *Le cas où l'enfant est vivant mais a subi plusieurs tentatives de forceps ;*

3° *Le cas où l'enfant est mort.*

A) L'enfant est vivant.

Les uns feront la césarienne basse, d'autres la césarienne suivie d'hystérectomie, d'autres, enfin, l'opération de Portes (qui consiste, la césarienne pratiquée, à extérioriser l'utérus jusqu'à ce que son état permette de le réintégrer dans la cavité abdominale). Mais, au dire même de l'auteur, c'est un procédé d'exception dont nous n'avons pas encore l'expérience.

Faut-il pratiquer la césarienne basse dans les cas manifestement infectés ?

Voici, à ce sujet, quelques observations résumées, relevées dans la thèse de Gellé, relatives à des cas manifeste-

ment infectés et où la césarienne basse donna de bons résultats.

OBSERVATION I

(Schickelé)

Secondipare. Bassin généralement rétréci. T = 37°9. Pouls 84. Rupture de la poche des eaux depuis six jours. Suites de couches compliquées par une légère suppuration abdominale. Guérison parfaite le trente-deuxième jour.

OBSERVATION II

Primipare, bassin rachitique. Soixante-huit heures de travail, poche des eaux rompue depuis huit heures et demie. Six examens pratiqués. Paramétrite avec ouverture dans le vagin ; guérison en quarante jours.

OBSERVATION III

Secondipare, bassin généralement rétréci, température 38°7. Pouls 105. Poche des eaux rompue depuis vingt-quatre heures, écoulement fétide, suites de couches apyrétiques. Sortie le vingtième jour.

(Brodhead)

Primipare. Bassin très rétréci. Travail depuis quarante-huit heures. Examinée en ville par cinq médecins différents. Césarienne transpéritonéale basse ; issue de liquide purée de pois. Suites opératoires : 38°3, pouls petit et rapide, facies péritonéal pendant deux jours, puis abcès de la paroi. Guérison en trente-huit jours.

(Brouha)

Bassin rétréci, trente heures de travail, poche des eaux rompue depuis vingt-quatre heures. Muguet vaginal.

Suites opératoires fébriles pendant quatorze jours. Lochies fétides pendant quelques jours ; aucune réaction abdominale.

(Andérodias)

OBSERVATION I

Primipare, Bassin rétréci, poche des eaux rompue depuis trente-quatre heures. $T = 37^{\circ}7$. Pouls 100. Suites normales.

OBSERVATION II

Primipare, bassin rétréci, poche des eaux rompue depuis soixante-douze heures. $T = 39^{\circ}$. Sérum antistreptococcique. Suites normales.

OBSERVATION III

Primipare, bassin rétréci, poche des eaux rompue depuis dix-sept heures. $T = 38^{\circ}4$. Suites normales.

OBSERVATION IV

Bassin canaliculé, poche des eaux rompue depuis quinze heures. $T = 38^{\circ}$. Infarctus pulmonaire le treizième jour. Guérison.

OBSERVATION V

Bassin rétréci. Poche rompue depuis trente-deux heures. $T = 37^{\circ}6$. Suites normales.

OBSERVATION VI

Primipare. Bassin rétréci. Tentatives répétées et infructueuses de forceps. Cinq heures après, césarienne basse. Suppuration de la paroi, guérison.

Ce sont là des résultats très séduisants, mais l'expérience n'est-elle pas dangereuse ?

La mortalité par péritonite y est élevée, 3,2 d'après la statistique de Gellé, la mortalité par embolie, septicémie y est très élevée. La morbidité avec les fistules utéro-pariétales, les phlegmons du ligament large y est grave.

Le sens clinique de l'accoucheur aura dans ces cas un grand rôle. Il devra avoir recours, dans ces cas, très souvent à l'hystérectomie.

Nous avons relevé dans notre statistique deux césariennes basses pour deux cas infectés. Ces deux cas furent suivis de décès.

OBSERVATION X

1^{er} cas. — Température à l'arrivée à la clinique 38°3. Suites fébriles après l'opération. Décès le trentième jour de phlegmon du ligament large.

OBSERVATION XLI

2^e cas. — Température à l'entrée à la clinique 38°4. Plusieurs tentatives de forceps furent faites en ville. Décès quarante heures après l'opération par péritonite.

MM. Gautret et Mahon ont rapporté cette deuxième observation à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux et nous ne saurions mieux faire que de rapporter leurs réflexions.

« La persistance des B. du C. normaux, malgré une fracture du crâne du fœtus qui a ici joué un rôle décisif dans l'indication opératoire, mérite en premier lieu d'être soulignée dans cette observation. Jointe aux signes de rupture imminente du segment inférieur, elle nous a fait écarter ici la voie basse par basiotripsie qui nous paraissait devoir entraîner une rupture utérine et par conséquent une hystérectomie. La voie haute nous permettait de compter sur un enfant vivant et de conserver, pensions-nous, l'utérus.

Les renseignements ultérieurement fournis nous apprirent que les tentatives de forceps avaient donné lieu à des

dérapages ; cette notion eût été de nature à nous rendre plus pessimiste sur la valeur de l'enfant. Mais nous avons ici surtout sous-estimé le degré de septicité du cas et cet exemple nous fait remarquer que les indications de la conservation utérine, bien que très sensiblement élargies par la césarienne basse, doivent cependant être maintenues dans des limites plus étroites. Les césariennes basses ont souvent donné de bons résultats avec des températures de 39 ; mais la longueur du travail et les interventions répétées doivent imposer l'hystérectomie ou l'opération de Portes. »

B) L'enfant est vivant

mais a subi plusieurs tentatives de forceps.

Dans ce cas, même si les bruits du cœur sont presque normaux, il est inutile de faire la césarienne pour obtenir un enfant qui est plus que compromis.

C) L'enfant est mort.

On pourra opter, suivant les cas, pour la césarienne ou la basiotripsie.

Nous pencherons pour la basiotripsie lorsque :

- 1° La dilatation est suffisante.
- 2° L'infection est importante.

Mais, en présence d'utérus trop infectés, la basiotripsie fait courir à la femme des dangers assez grands. D'autre part, la contracture utérine rend cette opération difficile et dangereuse.

Nous préférons la césarienne *d'une façon absolue*, lorsque les conditions pour la basiotripsie seront franchement défavorables, c'est-à-dire en présence d'un col peu dilaté, rigide et surmonté d'un segment inférieur distendu, œdématisé et infecté, lorsque l'utérus est contracturé.

D'une façon relative, lorsque les conditions techniques permettraient à la rigueur la basiotripsie, le degré d'infection n'est pas tel qu'il obligera certainement à une opération mutilatrice, mais permettrait l'opération de Portes.

CHAPITRE V

AVENIR OBSTETRICAL DES FEMMES OPEREES DE LA CESARIENNE BASSE

Maintenant que nous connaissons les résultats immédiats de la césarienne basse, nous devons nous demander comment allait se comporter l'utérus au cours des grossesses ultérieures, et qu'elle serait la conduite à tenir lors des accouchements consécutifs.

Notre maître, M. le Pr Andérodias, et le Dr Balard ont publié à ce sujet un travail, à la suite de nombreuses recherches bibliographiques et, après avoir fait une enquête auprès de leurs collègues de l'association des gynécologues et obstétriciens de la langue française, c'est de ce Mémoire que nous allons nous inspirer.

I. De la résistance de la cicatrice après césarienne basse

Beaucoup d'auteurs craignaient, en raison de l'amincissement du segment inférieur à la fin de la grossesse, et au moment de l'expulsion, des ruptures fréquentes. L'expérience a démenti ces prévisions.

Sur 403 accouchements spontanés et césariennes itératives pratiqués chez des femmes ayant déjà subi une césarienne basse :

Andérodias et Balard.....	19
Phaneuf.....	189
Reeb.....	51
Hauch.....	4
Hamm.....	5
Jung.....	135

Il n'est signalé qu'une rupture (Jung), pourcentage infiniment inférieur à celui relevé pour les césariennes hautes, où Planès, dans sa thèse, trouve 8 % de rupture ; Morisson, Lacombe, 4 %.

Cette différence résulte de ce que la cicatrisation de l'incision est meilleure par suite de la minceur et du défaut de contractilité du segment inférieur.

D'autre part, la rupture utérine, après césarienne basse, est moins grave qu'après la césarienne classique.

Dans la césarienne corporéale, Holland relève 31 décès sur 97 cas, soit 32 % de mortalité.

Gellé, dans sa thèse, relève 3 décès sur 14 cas, soit 21,4 pour cent pour césarienne basse.

II. Conduite à tenir lors des accouchements consécutifs

Le premier devoir du médecin sera de laisser entrevoir à l'opérée la possibilité d'un accouchement naturel lors d'une grossesse ultérieure ; par contre, nous devons lui recommander une surveillance médicale pendant la durée de sa grossesse et l'hospitalisation dès le début de travail.

1° Bassins chirurgicaux.

En présence de bassins chirurgicaux, il convient de réopérer d'emblée par voie abdominale, sans faire l'épreuve du travail, même si on avait cru pouvoir la pratiquer lors de la première césarienne.

Il importe, en effet, « d'être plus précocement interventionniste qu'avec un utérus normal dans un accouchement ultérieur, compte tenu de toutes les conditions concernant la contraction, le col, le volume de l'enfant et son orientation » (Le Lorier).

2° Bassins limites.

En présence de bassins limites, « l'épreuve du travail sera tentée quand le bassin n'est pas trop rigoureusement

limite, que l'enfant n'est pas trop gros, que la présentation est normale, quand tout semble s'arranger favorablement » (Brouha). Et, « sans être taxé d'imprudence, on pourra escompter la traversée sous l'influence des contractions utérines d'une filière osseuse peu spacieuse, alors qu'après une césarienne haute, il serait suprêmement dangereux de caresser cet espoir » (Paucot).

Notre maître, M. le professeur Andérodias, a rapporté à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, le 9 juillet 1930, l'observation suivante d'une jeune femme à bassin limite.

« Le 19 janvier 1927, je faisais une césarienne basse chez une jeune femme qui m'avait été adressée par le docteur Lescarret, pour rétrécissement pelvien (P. S. P. 10, P. P. minimum $8\frac{1}{2}$ - $8\frac{3}{4}$). L'enfant était volumineux et la tête débordait le pubis. J'essayai malgré tout l'épreuve du travail, mais je dus intervenir précocement parce que la dilatation restait stationnaire. L'enfant extrait pesait 3 kil. 960. Les suites opératoires furent normales. Cette jeune femme revint me trouver au mois de mars de cette année, de nouveau enceinte. Ses dernières règles remontaient du 18-20 août 1929, elle devait donc accoucher fin mai. Je la surveillais pendant le dernier mois de sa grossesse et il me semblait que la tête fœtale, peut-être un peu moins volumineuse que la précédente, s'adaptait mieux qu'elle au détroit supérieur.

» Je fis donc entrer la gestante à la maison de santé et décidais de tenter avec prudence, et sous surveillance attentive, une nouvelle épreuve du travail. L'accouchement commença le 22 mai, la dilatation se fit en quelques heures et, au cours de cette période, la tête, jusque-là très mobile, fit sa descente dans l'excavation. Je terminai par une application de forceps au D. I. pour éviter les efforts d'expulsion. L'enfant pesait 3 kil. 500. »

Notre maître, commentant ces faits, s'exprime ainsi : « Je vois dans ce fait un nouvel avantage de la césarienne

basse sur la césarienne haute. Il est certain que, dans un pareil cas, si j'avais fait, la première fois, une césarienne haute, je n'aurais certainement pas fait l'épreuve du travail, la seconde fois. J'aurais craint les dangers d'infection et de rupture de la cicatrice ; cette rupture est beaucoup plus fréquente avec la césarienne haute dans les accouchements ultérieurs, surtout lorsqu'il s'agit d'un bassin rétréci. »

Contrairement à un grand nombre d'auteurs, notre maître ne laisse jamais l'expulsion se faire spontanément ; systématiquement il pratique un forceps dès que la dilatation est complète et que la tête engagée aborde le périnée, raccourcissant ainsi la période d'expulsion et évitant à un utérus déjà césarisé la fatigue inutile que nécessite la traversée du périnée.

OBSERVATIONS

Des interventions pratiquées à la clinique d'accouchements pour dystocies pelviennes nous ne publierons ici que les opérations de césariennes basses, car c'est un fait unanimement reconnu aujourd'hui que « la césarienne basse est le meilleur traitement de la dystocie pelvienne ».

Année 1926.

OBSERVATION I

(MM. les Docteurs Marc Rivière et Lacouture.)

*Césarienne supra-symphysaire pour bassin rétréci
après rupture des membranes (le 12 février 1926).*

Mme T..., 28 ans, primipare. D. R. du 5 au 9 mai. Bassin P. S. P. 10 1/4.

Observation : La malade arrive de ville le 12 février vers 11 heures, elle a perdu les eaux la veille vers 20 heures, mais ne souffre pas. Col entier.

Le bassin est très vicié, plusieurs faux promontoires, il paraît incompatible avec un accouchement par voie basse, le fœtus est très mobile et paraît gros.

Opération : Anesthésie à l'éther. Opération sans incident après fixation de la paroi du péritoine décollé. L'extraction du fœtus est difficile, on est obligé d'insinuer une branche du forceps en arrière de la tête fœtale et de faire levier pour l'énucléer. Garçon de 4 kgr. 200.

Suites opératoires : Bonnes.

OBSERVATION II

(Docteurs Rivière et Lescale.)

Césarienne supra-symphysaire pour bassin rétréci.

Abcès du sein (2 avril 1926).

Mme D..., 25 ans, primipare. D. R. du 6 au 12 juin.

La malade arrive de ville en travail, l'œuf intact; le palper montre une tête élevée, débordant nettement. On décide d'intervenir vers 15 heures en raison de la modification des B. du C. fœtal.

Opération : Dès l'incision du segment inférieur, issue d'une grande quantité de liquide amniotique teinté de méconium. La tête, volumineuse, est difficilement énucléée; suture utérine en deux plans; péritonisation par un seul surjet transversal. Paroi en trois plans. Fille de 4 kgr. 350.

Suites opératoires : Abcès du sein gauche.

OBSERVATION III

(Docteurs Rivière et Denis.)

Césarienne basse après rupture des membranes pour bassin rétréci. Phlébite gauche (le 26 avril 1926).

Mme L..., 32 ans. Première grossesse en 1925; forceps; enfant mort deux jours après. Deuxième grossesse actuelle. D. R. du 10 au 15 juillet. Bassin P. S. P. : 10 cm. 5.

La malade perd les eaux le 26 avril à 7 heures; la tête déborde et l'enfant paraît gros.

Opération : Par voie transpéritonéale basse. Segment inférieur mal développé. Incision légèrement insuffisante, l'extraction de la tête fœtale se fait sans difficulté, mais l'incision se déchire un peu vers le corps. Sutures utérines habituelles. La vessie est suturée par un point en U; en haut de l'incision utérine, péritonisation en redingote; paroi en trois plans. Fille de 3 kgr. 120.

Suites opératoires : Phlébite.

OBSERVATION IV

(Docteurs Lacouture, Gautret et Lescale.)

*Césarienne basse prophylactique pour bassin rétréci chirurgical
Lymphangite du sein (le 12 mai 1926).*

Mme D..., 28 ans, primipare. D. R. du 1^{er} au 4 août. Bassin-P. S. P. : 8 cm.

Opération : On fait une incision abdominale de l'ombilic à la symphyse. Cette incision est trop étendue dans le cas présent (les anses intestinales sont trop visibles à l'extrémité supérieure de l'incision). Incision péritonéale transversale classique du péritoine, qui ne peut être suffisamment basse. Décollement du péritoine. Incision longitudinale du segment inférieur après avoir réuni par des points le péritoine viscéral et le péritoine pariétal. Extraction facile du fœtus. Points séparés pour suture du péritoine.

Péritonisation suffisante, mais adossement imparfait en redingote des lambeaux supérieur et inférieur. Fille de 2 kgr. 530.

Suites opératoires : Lymphangite mammaire.

OBSERVATION V

(Docteurs Lafargue et Rivière.)

Césarienne basse pour menace de rupture du segment inférieur dans un bassin rétréci après 20 heures de travail et 36 heures après l'ouverture de l'œuf (le 23 août 1926).

Mme G..., 25 ans, primipare. D. R. du 28 octobre au 3 novembre.

La malade arrive dans le service le 23 août à 8 h. 30 envoyée par le Docteur Péry. Ce dernier, appelé par le médecin traitant après 14 heures de travail, constate un bassin rétréci (la dilatation est complète depuis 4 heures du matin, tête élevée au niveau du D. S.) et conseille le transfert de la malade à l'hôpital. Vers 9 heures, la situation ne s'est pas améliorée, tête posée sur le D. S. en G. T. Bosse séro-sanguine volumineuse. B. du C. normaux, contractions utérines très vigoureuses. Peu à peu on voit se dessiner au-dessus de la symphyse une voussure simulant une vessie pleine; c'est le segment inférieur distendu et œdématié.

Opération à 11 heures : Rachianesthésie, incision un peu étendue, sous-ombilicale, le segment inférieur apparaît très distendu par la tête fœtale; décollement du péritoine un peu difficile; le lambeau supérieur se déchire. Incision médiane du segment inférieur, la tête est facilement extraite. Garçon de 3 kgr. 570.

Suites opératoires : normales.

Année 1927.

OBSERVATION VI

(Docteurs Rivière et Denis.)

Césarienne basse pour bassin rétréci. Cyphoscoliose d'origine posturale. Extraction d'un enfant mort (le 20 janvier 1926).

Mme M..., primipare. D. R. du 9 au 12 avril. Bassin P. S. P. : 10 1/4. Malgré un bassin juxta-minor on espérait un accouchement spontané avec peut-être application de forceps. L'enfant paraissait petit, on tente l'épreuve du travail.

La malade commence à avoir des douleurs le 18 au soir. Elles continuent toute la nuit suivante; le 19, au matin, perte des eaux, les douleurs continuent toute la journée du 19 et le soir le col est encore épais et entr'ouvert à 50 centimes. Le 20 au matin, les douleurs sont plus intenses, le col s'est peu modifié. Au début de l'après-midi du même jour, on constate pour la première fois des signes de souffrance fœtale. A l'examen, le col est à 2 francs et donne l'impression de ne pouvoir être dilaté par manœuvres manuelles. La tête est amorcée mais ne progresse pas. Les bruits du cœur deviennent intermittents, on décide d'intervenir.

Opération : Rachianesthésie. Incision sus-ombilicale de 10 à 12 cm., décollement de la vessie, incision de la paroi utérine. On tombe sur la tête dont la partie supérieure s'est engagée. Extraction de la tête très difficile, ne peut être obtenue qu'au moment où, introduisant un doigt dans le vagin, un aide remonte la présentation. La manœuvre a duré 4 à 5 minutes. Extrait, l'enfant ne fait aucune inspiration mais son cœur bat. Malgré de longs efforts, il ne peut être ranimé. Garçon de 2 kgr. 700.

Suites opératoires : Bonnes.

OBSERVATION VII
(Docteurs Denis et Rivière.)

Césarienne basse pour bassin rétréci
12 heures après la rupture des membranes (le 23 janvier 1927).

Mme A..., 24 ans, primipare. D. R. du 24 au 27 avril. La malade, de petite taille, 1 m. 32, est porteuse d'un bassin rétréci dans toutes ses dimensions. La tête fœtale reste élevée et débordante jusqu'à la fin. Rupture des membranes dans la soirée du 22 janvier. La malade entre à la salle de travail le 23 vers 3 heures du matin. A ce moment, contractions régulières, dilatation de 2 francs et col épais. La tête est appliquée sur le D. S. et plonge légèrement, mais on sent les pariétaux qui chevauchent étroitement et on a l'impression que la tête ne passera pas. On attend jusqu'à 9 heures du matin. A ce moment, la situation étant inchangée, on décide d'intervenir.

Opération : Rachianesthésie; incision ombilico-pubienne; vessie inclinée en avant, décollement facile du péritoine, incision du segment inférieur; extraction de l'enfant laborieuse. Il crie aussitôt. Délivrance normale. A ce moment l'utérus se relâche et il se produit une hémorragie assez abondante qui cède à des massages et une injection d'ergotine. Sutures habituelles. Fille de 2 kg. 810.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION VIII
(Docteurs Rivière et Massé.)

Césarienne basse pour bassin rétréci. Echec de la rachianesthésie.
Décès maternel par hémorragie 6 heures après l'opération (17 mars 1927).

Mme D..., primipare de 25 ans. D. R. du 21 au 25 mai. Bassin P. S. P. : 10 3/4. La malade perd les eaux dans la matinée et commence à souffrir. A 17 heures la dilatation reste stationnaire à 2 francs; la tête toujours élevée; on décide d'intervenir. Après échec de la rachianesthésie, on donne à la malade une anesthésie générale sous chloroforme. Incision médiane, découverte du segment inférieur, décollement péritonéal, extraction laborieuse de la tête. Pendant toute l'intervention on est gêné par une hémor-

ragie venant du globe utérin, qui devient considérable après extraction du fœtus. Pendant l'intervention, on fait 500 cc. de sérum intraveineux. Le pouls reste petit. A 21 heures, on assiste brusquement à des phénomènes de shock intense, frisson, collapsus. Toni-cardiaque et 800 cc. de sérum intraveineux. L'état ne s'améliore pas. Transfusion sanguine de 300 cc., mais la malade succombe quelques instants après. Garçon de 3 kgr. 700.

OBSERVATION IX

(Docteurs Rivière et Dufour.)

*Césarienne pour bassin rétréci.
Abcès de la paroi (29 mars 1927).*

Mme G..., 21 ans. D. R. du 21 au 25 mai.

Première grossesse : avortement de 3 mois en 1926.

Deuxième grossesse actuelle.

A son entrée en salle, la malade a perdu les eaux dans la nuit du 28 au 29 mars, la tête déborde beaucoup la symphyse. B. du C. bons. A 11 h. 30, le 29 mars, la dilatation ne s'est pas modifiée depuis le matin 9 heures. Au toucher, la tête reste élevée, la tête n'ayant aucune tendance à s'engager et vu le rétrécissement du bassin on décide la césarienne. Elle est pratiquée le même jour à 2 h. 3/4. Rachianesthésie. Ouverture du segment inférieur; la tête du fœtus est difficilement extraite; l'enfant est retiré en état de mort apparente avec un circulaire, il est facilement ranimé. On pratique la délivrance, le placenta est aisément décollé mais les membranes restent adhérentes et se déchirent; on est obligé de les retirer en plusieurs fois. Pendant tout ce temps, la malade saigne assez abondamment; on fait de l'expression utérine et l'hémorragie s'arrête. On suture le segment inférieur et on referme la paroi. Difficulté de trouver le pouls après l'intervention. Injection sous-cutanée d'huile camphrée et de 400 cc. de sérum intraveineux. Fille de 3 kgr. 490.

Suites opératoires : Abcès de la paroi. L'enfant a fait vers le huitième jour un phlegmon du cou.

OBSERVATION X

(Docteurs Rivière et Denis.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci. Suites de couches fébriles.
Phlegmon du ligament large droit. Colpotomie. Décès maternel
(le 2 avril 1927).*

Mme B..., 23 ans, primipare. Bassin P. S. P. : 10 1/2.

La malade entre en travail le 1^{er} avril. L'effacement se fait très lentement malgré des contractions énergiques et fréquentes. Dans l'après-midi du 2, le Docteur Rudeaux, de Macau, constate que la dilatation reste stationnaire, aux environs de 2 francs, et que la présentation demeure très élevée; il fait appeler le Docteur Rivière qui voit la malade vers 21 heures. L'utérus est alors en contraction presque permanente, la malade est très agitée et fébrile, l'œuf est ouvert depuis 5 heures environ. La dilatation est comprise entre 2 francs et 5 francs. On constate que la tête maintenue au D. S. est arrêtée par un promontoire distant de 10 cm. 5 du sous-pubis, le transfert de la malade à Bordeaux est décidé en vue d'une césarienne.

A l'arrivée à la clinique, la température est à 38° 3.

Opération : Rachianesthésie. Incision sous-ombilicale, décollement du feuillet péritonéal vésico-utérin. Incision du segment inférieur, on tombe sur la tête dont on est obligé d'aller chercher la bouche qui est en arrière et à droite. Celle-ci est assez facilement ramenée en avant, mais extraction très difficile de la tête.

Suture de l'utérus puis du péritoine, mise en place d'un Mikulicz au devant de l'utérus, suture en 3 plans. Ablation du placenta et des membranes aussitôt après l'extraction du fœtus; à ce moment une hémorragie assez abondante se produit, arrêtée cependant facilement dès que l'utérus est vide. Garçon de 3 kgr. 250.

Suites opératoires : Fébriles, le 22^e jour, ascension brusque du pouls à 145 et de la température à 39° 8, cette température reste élevée les jours suivants. Phlegmon du ligament large droit, colpotomie le 27^e jour, décès le 30^e jour.

OBSERVATION XI

(Docteurs M. Rivière et Jonchère.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci.
Rupture prématurée des membranes (12 avril 1927).*

Mme M..., 29 ans, primipare. D. R. du 25 au 30 juin. La malade entre en salle le 11 avril à 9 heures du matin, ayant perdu les eaux, la dilatation est à 1 franc, mais la tête reste élevée au-dessus du D. S. Dans l'après-midi, les contractions utérines sont assez rapides et durent peu de temps, la dilatation est à 2 francs, le col est difficilement dilatable. Dans la nuit du 11 au 12 avril, à 23 heures, la dilatation n'a pas progressé, la tête appuie sur le D. S., tend à plonger, mais les grands diamètres n'ont pas franchi le D. S. Les B. du C. sont bons, les contractions utérines reviennent à intervalles réguliers toutes les 4 ou 5 minutes mais durent peu.

Opération : La même nuit, à 1 heure du matin, anesthésie au chloroforme. Incision sous-ombilicale, relèvement du feuillet péritonéal, incision du segment inférieur, la tête est facilement extraite. Délivrance manuelle, hémorragie assez importante consécutive (injection d'ergotine et de sécacornine). Suture de l'utérus dont le corps d'abord très mou revient lentement sur lui-même. Suture du péritoine et de la paroi en trois plans. Garçon de 3 kgr. 760.

Suites opératoires : Absès de la paroi avec déhiscence de la paroi abdominale qui nécessite une suture secondaire.

OBSERVATION XII

*Césarienne basse pour bassin rétréci avant l'épreuve du travail.
Congestion pulmonaire le 17^e jour (21 avril 1927).*

Mme P..., primipare de 21 ans. D. R. du 2 au 6 juillet. Bassin : P. S. P. : 9 3/4.

La malade entre en salle de travail dans la nuit du 20 au 21 avril. Elle n'a pas perdu les eaux, le col est en voie d'effacement, la tête très haut située déborde la symphyse pubienne, elle est très mobile au-dessus du D. S., ne tendant aucunement à plonger. Le 21 avril à 10 h. 30 du matin les signes étant les mêmes et surtout la tête débordant considérablement, on décide la césarienne.

Anesthésie à l'éther. Incision sous-ombilicale, puis de l'utérus au niveau du segment inférieur; on tombe sur la tête qui est bloquée dans le segment inférieur. Extraction assez longue de la tête. L'enfant en état de mort apparente est assez vite ranimé. Délivrance aussitôt après, hémorragie importante consécutive. Injection de sécacornine et d'ergotine. Suture musculo-membraneuse du segment inférieur, puis péritonéale. A ce moment, l'utérus est assez volumineux, le corps étant rempli de sang. Suture de la peau en trois plans. Garçon de 2 kgr. 990.

Suites opératoires : Congestion pulmonaire le 17^e jour.

Année 1928.

OBSERVATION XIII

(Docteurs Gautret et Magendie.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci,
sans épreuve du travail (14 janvier 1928).*

Mme R..., 20 ans, primipare. D. R. du 10 au 15 mars.

Entre le 4 janvier à 4 heures parce qu'elle a perdu les eaux dans la nuit et présente quelques contractions douloureuses. Utérus de développement moyen, la tête déborde nettement le D. S., col en voie d'effacement. En raison de la rupture prématurée des membranes et du fait qu'il s'agit d'un bassin généralement rétréci avec parties molles très peu étoffées et gros débordement de la tête, on décide de ne pas faire l'épreuve du travail et de pratiquer immédiatement la césarienne.

Opération : Rachianesthésie. Technique habituelle, le segment inférieur est bien développé, l'enfant est extrait assez vite. Assez abondante hémorragie. Péritonisation classique. Garçon de 2 kgr. 480.

Suites opératoires : Elévation de température due à la résorption sanguine.

OBSERVATION XIV

(Docteurs Gautret et Villar.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci
après épreuve du travail (le 17 avril).*

Mme P..., primipare de 19 ans. D. R. du 10 au 18 août. Bassin P. S. P. : 10 cm.

Entre à la clinique à 1 heure le 17 avril, la veille est entrée à travail à 17 heures. Contractions fortes et régulières Hauteur utérine : 36 centimètres, tête élevée, débordant franchement la symphyse pubienne. B. du C. bons.

Au toucher, dilatation de 2 francs, poche d'eaux intacte. On tente l'épreuve du travail. Rupture artificielle des membranes à grande palmaire, le liquide est teinté de méconium. Les B. du C. sont irréguliers par intermittence. A 5 heures, césarienne. Rachianesthésie, technique habituelle, liquide d'ascite dans le péritoine, tête fœtale extraite facilement, le placenta est aisément décollé, les membranes déchirées sont extraites par lambeaux. Sutures habituelles de l'utérus et des deux lambeaux péritonéaux en paletot. Garçon de 3 kgr. 600.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XV

(Docteurs Faugère et Villar.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci
sans épreuve du travail (le 10 septembre 1928).*

Mme C..., 23 ans, primipare. D. R. du 26 au 29 novembre. Bassin P. S. P. : 9 1â2.

L'état du bassin détermine à faire une opération césarienne sans épreuve du travail.

Opération à 9 h. 15. Rachianesthésie. A 9 h. 25, début de l'intervention. L'incision pariétale sus-pubienne découvre un péritoine descendant très bas, le segment inférieur est très court et oblige à prolonger légèrement l'incision sur le corps. Aspirateur. Extraction par le sommet d'un enfant de 2 kgr. 660. On referme l'utérus après avoir fait la délivrance. Péritonisation faite sans fixation du péritoine à l'utérus.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XVI

(Professeurs Andérodias et Docteur Gautret.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci,
sans épreuve du travail (17 octobre 1928).*

Mme L..., 34 ans. Première grossesse en 1924, forceps laborieux, enfant mort.

Deuxième grossesse en 1926, césarienne basse prophylactique. Enfant vivant et bien portant.

Troisième grossesse actuelle. D. R. du 24 au 28 décembre. Grosse tête qui déborde largement, on décide également la césarienne d'emblée.

Opération : Rachianesthésie, technique habituelle. En incisant le segment inférieur, le bistouri fait une plaie du cuir chevelu de l'enfant, 4 agrafes. Gros enfant de 4 kgr. 600 qui crie aussitôt.

L'utérus ne se contracte pas, on doit faire 1 cc. de sécacornine. 4 fils d'argent, un drain est placé à la partie inférieure de la plaie.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XVII

Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail.

Congestion pulmonaire (20 décembre 1928).

Mme L..., 18 ans, primipare. D. R. du 24 au 27 mars. Bassin P. S. P. : 10 cm. 1/4.

Début du travail le 19 à 18 heures. Entre en salle à 21 heures.

Examen : Col effacé à 0,50. Poche des eaux intacte. B. du C. bons. La dilatation se fait dans la nuit : à 9 heures, le 20, les B. du C. sont irréguliers, la dilatation est à palmaire, la poche des eaux est volumineuse, on la rompt, le liquide s'écoule fortement teinté de méconium; les B. du C. sont irréguliers par intermittence, malgré les efforts de la malade, la tête semble plonger dans l'excavation mais ne franchit pas le D. S. On décide la césarienne.

Opération : Pas d'incident. Extraction de la tête facile; l'enfant crie aussitôt : 3 kgr. 160.

Suites opératoires : Légère congestion pulmonaire.

Année 1929.

OBSERVATION XVIII

(Professeur Andérodias et D^r Villar.)

Césarienne basse pour bassin rétréci.

Abcès de la paroi. Enfant mort-né (16 janvier).

Mme C..., 35 ans.

Première grossesse en 1925 : avortement de sept mois.

Deuxième grossesse en 1927 : enfant mort pendant le travail.

Troisième grossesse actuelle. D. R. du 10 au 13 avril.

Entre à la salle de travail le 16, à 2 h. 30. Elle a perdu les eaux. Les contractions apparaissent peu de temps après et la dilatation se fait normalement, elle est complète à 8 h. 30. A ce moment, on constate que les bruits du cœur sont irréguliers. La malade pousse mais la tête reste au D. S.; et les B. du C. deviennent de plus en plus irréguliers, on décide d'intervenir par voie haute.

Opération : Rachianesthésie. Pas de difficultés opératoires; l'extraction se fait facilement. L'examen de l'enfant montre que le cœur ne bat pas. On essaie cependant de le ranimer. Malgré tous les moyens employés, on n'y arrive pas. Enfant de 3 kgr. 700.

Suites opératoires : Abscès de la paroi.

OBSERVATION XIX

Césarienne basse pour bassin rétréci. Lymphangite utérine.

(1^{er} mars 1929).

Mme B..., 17 ans et demi, primipare. D. R. du 28 mai au 1^{er} juin. Bassin P. S. P. : 10 1/2.

Entre à la salle de travail le 28 février, à 20 h. 30.

Examen : Col effacé, dilaté à 2 francs, tête non engagée, poche des eaux volumineuse très tendue, dos à gauche. Hauteur, 40 centimètres; utérus tendu dévié en totalité vers la droite.

Dans la nuit, contractions irrégulières, espacées; le lendemain matin 1^{er} mars, à 8 heures, elle est à petite palmaire, vers 11 heures, rupture spontanée de la poche des eaux, à la suite de laquelle le col revient à 2 francs. La tête n'a pas progressé depuis la veille, elle déborde toujours très légèrement au-dessus de la symphyse. B. du C. : bons. On décide la césarienne.

Opération : Rachianesthésie. Pas d'incidents opératoires. Enfant de 4 kilos.

Suites de couches : Lymphangite utérine.

OBSERVATION XX

(Docteurs Gautret, Villar et Bouc.)

Césarienne basse pour bassin rétréci

30 heures après la rupture des membranes (7 mars 1929).

Mme X..., primipare de 22 ans. D. R. du 15 au 18 mai. Perd les eaux chez elle, le 6 mars, les contractions apparaissent quelques heures après. La tête est élevée, les contractions restent régulières toute la nuit, et le lendemain matin la dilatation est comme la

veille à 0,50. L'après-midi, les contractions sont énergiques et régulières, mais la tête est toujours élevée, la dilatation ne progresse pas et les B. du C. sont parfois irréguliers. Le Docteur Rivière appelé, conseille l'envoi de la malade à la clinique. A son entrée, état stationnaire. On se décide à intervenir.

Opération : Rachianesthésie. Inertie utérine après la sortie de l'enfant. Une piqûre de 2 cc. d'ergotine est nécessaire. Enfant de 4 kilos qui crie aussitôt. Le placenta est facilement décollé, mais le décollement qui suit, des membranes, très adhérentes, est pénible.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XXI

(Docteurs Gautret et Maille.)

Césarienne basse avant le début du travail pour bassin chirurgical.

Mort par péritonite, le 8^e jour. Enfant vivant (13 mars 1929).

Mme B..., 29 ans, primipare. D. R. du 17 au 20 juin. Bassin P. S. P. : 9 cm.

Le 12 mars, alors qu'elle est enceinte de huit mois, les contractions apparaissent. Comme l'enfant est petit, on essaie d'arrêter le travail et l'on prolonge la grossesse de quarante-huit heures. Le 13 mars à midi, les contractions reprennent, le col est en voie d'effacement, l'œuf est intact. On décide d'intervenir par voie haute.

Opération : Echec de la rachianesthésie : anesthésie générale au chloroforme. Le segment inférieur est peu développé, on se trouve obligé d'empiéter sur le corps. Pas d'incident. Enfant petit de 2 kgr. 200, qui crie aussitôt.

Suites opératoires : Le soir de l'intervention, la malade accuse des douleurs au niveau de l'hypocondre droit. Le lendemain, météorisme et pouls rapide. Abscès de fixation. Au dixième jour, l'état général s'aggrave. Gros œdème des membres inférieurs, ventre météorisé et douleurs à droite. Broncho-pneumonie et épanchement pleural. Mort le dix-huitième jour.

Nécropsie : Péritonite purulente avec adhérences, abcès de la fosse iliaque droite, perte de substance avec sphacèle sur une zone de 1 cm. au niveau de l'hystérotomie.

OBSERVATION XXII

Césarienne basse pour procidence du cordon et bassin rétréci.

Enfant vivant. Absès de la paroi (14 mars 1929).

Mme C..., 23 ans. D. R. du 2 au 7 mai.

Première grossesse à 19 ans : accouchement normal.

Deuxième grossesse, actuelle.

La malade est amenée dans le service pour césarienne à dilatation complète avec procidence du cordon. Tête très élevée.

Le 1^{er} accouchement a été très laborieux. B. du C. irréguliers mais bien frappés. Césarienne à minuit le 14 mars. Echec de la rachianesthésie : chloroforme. Inertie utérine après la sortie du fœtus; hémorragie importante. Piqûre d'ergotine. La malade a ensuite le pouls rapide par suite de l'hémorragie. 1.000 grammes de sérum artificiel. L'enfant de 3 kgr. 240 crie aussitôt.

Suites de couche : Absès de la paroi.

OBSERVATION XXIII

(Docteurs Gautret et Villar.)

Césarienne basse pour bassin rétréci

après épreuve du travail (2 mai 1929).

Mme M..., VII-pare, 34 ans. D. R. du 12 au 14 août.

Deux accouchements normaux mais prématurés d'enfants petits, dont un seul a survécu, entre deux avortements, puis deux accouchements dystociques : le premier d'une enfant de plus de 3 kilos (mort-né), échec de forceps, version, dystocie de la tête dernière; le deuxième, accouchement prématuré provoqué en 1928, dystocie du col, enfant mort.

Entre en travail, au début du neuvième mois. Tête en bas, liquide en quantité exagérée, tête non débordante. A son entrée, à 20 heures, tête très élevée, dilatation de 5 francs, rupture artificielle des membranes. La dilatation se complète, la tête s'applique sur le D. S. en asynclitisme postérieur exagéré, à 10 heures, après une heure d'efforts expulsifs la tête n'a aucune tendance à s'engager. Les B. du C. sont un peu assourdis.

Opération : Rachianesthésie. Utérus très fortement contracté et blanc. Délivrance un peu difficile. Points séparés sur la tranche du segment inférieur, puis surjet d'enfouissement. Péritonisation non en redingote; pas de drainage. Fille de 2 kgr. 500.

Suites opératoires : bonnes.

OBSERVATION XXIV

Césarienne basse pour bassin rétréci. Luxation congénitale de la hanche droite. Rétention d'urine et phlébite gauche (6 mai 1929).

Mme B..., 29 ans, primipare. D. R. du 5 au 10 juillet. Bassin P. S. P. à 10 1/2, faux promontoire.

La malade entre à la salle de travail le 6 mai à 5 heures et demie. A ce moment, le col est en voie d'effacement, la tête non engagée débordé nettement au-dessus du pubis. Les B. du C. sont bons.

A 10 heures, M. le Professeur Andérodias examine la malade et décide d'intervenir par voie haute dès que la dilatation sera commencée (2 francs environ). Le résultat est obtenu à 17 heures.

Opération à 20 h. 30. Rachianesthésie, pas d'incidents opératoires, quelques heures après l'opération, la malade perd du sang en quantité assez abondante. On lui fait une piqûre de morphine à minuit, et à 2 h. et demie, une piqûre d'ergotine à la suite de laquelle l'hémorragie s'arrête.

Suites opératoires : Rétention d'urine et phlébite gauche. Enfant de 3 kgr. 400.

OBSERVATION XXV

(Docteurs Faugère et Maille.)

Césarienne basse au début du travail pour bassin rétréci et présentation du siège (le 14 juin 1929).

Mme C..., 28 ans. D. R. du 30 août au 5 septembre. Primipare. Arrive à la clinique le 13 juin à 19 heures, à terme. A son arrivée, le col est en voie d'effacement, le fœtus semble de poids moyen, les douleurs ne sont pas très rapprochées. Poche des eaux intactes;

Opération : sans incidents. L'enfant crie aussitôt, 3 kgr. 200.

Suites opératoires : Bonnes.

OBSERVATION XXVII

(Professeur Andérodias.)

Césarienne basse pour rétrécissement du bassin (18 juillet 1929)

Mme C..., 29 ans. Première grossesse à 21 ans, forceps au D. S. après dilatation manuelle, enfant vivant.

Deuxième grossesse : actuelle.

Entre en travail dans la nuit du 17 au 18, la tête reste élevée, débordante. Les B. du C. deviennent sourds et irréguliers vers 16 heures, pas de tendance à l'engagement.

Opération : Rachianesthésie, pas d'incidents. Beaucoup de méconium. L'enfant est ranimé en cinq minutes après aspiration des mucosités. Fille de 2 kgr. 840.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XXXIII

(Docteurs Gautret et Villar.)

Césarienne basse itérative pour bassin rétréci, quinze heures après rupture des membranes et au début du travail (28 octobre 1929).

Mme L..., 25 ans. D. R. du 24 au 25 janvier.

Première grossesse en 1928 : césarienne basse pour bassin rétréci et procidence du cordon. Enfant mort vingt-quatre heures après.

Deuxième grossesse : actuelle.

Le 27 octobre 1929, la malade accuse des douleurs lombaires; elle perd les eaux à 20 h. 30. Le lendemain, à 11 heures, la tête déborde franchement le D. S.; pas de tendance à l'engagement, on décide d'intervenir par voie haute.

Opération : Pas d'incidents. L'enfant crie aussitôt, 3 kgr. 225. Petit drain sus-pubien, qui est enlevé quarante-huit heures après.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XXXIV

(Docteurs Gautret et Maille.)

Césarienne basse après épreuve du travail pour bassin rétréci (24 décembre 1929).

Mme M..., 31 ans, III-pare. D. R. 14 au 19 mars.

Bassin : un faux promontoire à 10 1/2.

Première grossesse en 1928 : Avortement de 1 mois 1/2.

Deuxième grossesse : basiotripsie après échec de forceps.

Entre à la salle le 22 décembre à 16 heures.

Début du travail le 23 dans la soirée. La dilatation commence à minuit le 24. A 0 h. 30 on fait de la spasmalgine à la malade pour douleurs subintrantes, à 2 h. 30 la dilatation est complète,

la poche des eaux vient de se rompre, les B. du C. deviennent lents. Au toucher la tête est fortement asynclitique en O. I. G. T. avec gros chevauchement et ne s'engage pas; à 3 h. 30 le chef de clinique trouve la tête dans la même position. On décide d'intervenir.

Opération : Chloroforme après échec de rachianesthésie. Technique habituelle. La tête est difficilement extraite. Enfant en état de mort apparente, crie au bout de quelques instants après aspiration des mucosités : 3 kgr. 150.

Suites opératoires : Normales.

Année 1930.

OBSERVATION XXXV (Docteurs Gautret et Mahon.)

Césarienne basse pour bassin rétréci.

Epreuve du travail (19 février 1930).

Mme M..., 27 ans, I-pare. D. R. du 15 au 18 avril. Bassin P. S. P. : 10 3/4. Entre à la clinique le 19 février à 0 h. 30. Tête au-dessus du D. S., B. du C. positifs, col perméable et membranes intactes. Les contractions sont régulières et à 13 heures, la dilatation est à 1 franc, rupture spontanée des membranes, le liquide est teinté de méconium; à 16 heures on constate que le méconium s'écoule en grande abondance, la tête ne progresse pas, et la dilatation est stationnaire.

Opération à 16 h. 15 : Rachianesthésie. Technique habituelle, extraction facile de la tête, l'enfant couvert de méconium, crie presque aussitôt.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XXXVI (Docteurs Gautret et Mahon.)

Césarienne basse après épreuve du travail pour bassin rétréci. Mikulicz pour hémorragie persistante au niveau de la suture du segment inférieur (5 mars 1930).

Mme Y..., III-pare, 32 ans. D. R. du 4 au 8 juin. Bassin P. S. P. : 10 cm.

Première grossesse en 1925. Forceps. Enfant né à terme décédé

Deuxième grossesse en 1928. Accouchement normal d'un garçon (1 kgr. 700).

Le 4 mars à 23 heures, rupture prématurée des membranes, le 5 mars à 21 h. 30, la dilatation reste stationnaire à 2 franes avec contractions douloureuses très accusées, la tête déborde la symphyse pubienne. B. du C. bons. On décide de terminer par une césarienne.

Opération : Rachianesthésie. Incision faite sur la ligne médiane du segment inférieur, la bouche est accessible à gauche mais la rotation s'effectue difficilement, on agrandit alors l'incision sur la partie inférieure du corps. Malgré cela, l'extraction de la tête aidée d'expression utérine est pénible, l'enfant est ranimé au bout de 5 minutes par aspiration des mucosités, la tranche utérine saigne plus que normalement, suture par points séparés, mais au niveau des points les plus inférieurs la suture est très difficile, en outre alors que la tranche utérine ne saigne plus, les derniers coups d'aiguille provoquent une hémorragie en nappe qui ne peut être complètement arrêtée malgré plusieurs ligatures. On laisse deux pinces à demeure et l'on renonce à la péritonisation. On applique un Mikulicz. Enfant de 2 kgr. 600.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XXXVII (Docteurs Gautret et Mahon.)

Césarienne basse itérative pour bassin rétréci
(22 mars 1930).

Mme C..., 25 ans. D. R. du 10 au 14 juin 1929. Bassin P. S. P. : 10 1/4.

Première grossesse à 23 ans : césarienne.

Le travail a débuté le 21 mars au soir, le 22 à 10 heures le col est ouvert comme 0 fr. 50, la tête déborde franchement le D. S.; on estime que l'accouchement ne pourra se terminer par les voies naturelles.

Opération : Le segment inférieur est mince, bien constitué. La cicatrice de la 1^{re} incision est visible, la vessie est complètement déplacée latéralement et à droite, retenue par des adhérences pariétales et épiploïques qu'on sectionne. Le péritoine utérin se décolle difficilement.

Extraction facile de la tête, l'enfant crie aussitôt. Délivrance marquée par des adhérences des membranes, qui sont décollées avec difficulté. Sutures habituelles, mais péritonisation laborieuse. Garçon de 2 kgr. 960.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XXXVIII

(Professeur Andérodias.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci
au début du travail (5 mai 1930).*

Mme M..., 21 ans, II-pare. D. R. du 3 au 6 août.

Première grossesse en 1929, avortement de 5 mois.

Début du travail le 5 mai à 7 heures, poche des eaux intacte; on a l'impression que la tête ne pourra franchir le D. S. On décide d'intervenir par voie haute. Césarienne sans incidents. Enfant de 2 kgr. 950.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XXXIX

(Docteurs Gautret et Mahon.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci,
après épreuve du travail (29 mai 1930).*

Mme B..., 22 ans, I-pare. D. R. du 7 au 14 août. Bassin P. S. P. : 10 cm.

Début du travail le 28 mai à 18 heures. Le 29 mai à 10 heures, la tête est restée au D. S., la dilatation est à grande palmaire (la poche des eaux ayant été rompue à 8 heures), on décide d'intervenir par voie haute.

Opération : Rachianesthésie. Technique habituelle. Garçon de 2 kgr. 750.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XL

(Docteurs Gautret et Mahon.)

Césarienne basse après épreuve du travail pour bassin rétréci. Absès de la paroi. Absès des deux seins (4 juin 1930).

Mme E..., I-pare de 25 ans. D. R. du 25 au 30 août. Bassin P. S. P. : 10 1 2.

Entre à la clinique le 3 juin à 3 heures, à terme, après grossesse normale. A 9 heures, on constate que la malade perd un peu de sang, la poche des eaux s'est rompue la nuit précédente. La présentation est élevée, difficilement atteinte, c'est une tête. Le col

est ouvert comme 0 fr. 50. Contractions irrégulières le 3 et le 4. Deux piqûres de spasmalgine le 4 au matin, la dilatation est à deux francs à 22 heures, elle est stationnaire malgré une bosse séro-sanguine volumineuse qui appuie sur le col, la tête reste au D. S. Début d'infiltration du col; on décide d'intervenir.

Opération : Rachianesthésie. Incision du segment inférieur gênée par la vessie qui n'a pu être évacuée entièrement. Le placenta est en avant. Dégagement laborieux de la tête, l'enfant est rapidement ranimé. Garçon de 3 kgr. 150.

Suites opératoires : Abscès des deux seins et abcès de la paroi. Suture secondaire de la plaie de césarienne le 2 juillet.

OBSERVATION XLI

Césarienne basse pour bassin rétréci après échec de forceps avant l'entrée de la malade. Décès par péritonite 40 heures après. Enfant mort 36 heures après (fracture du crâne) (le 8 juin 1930).

Mme L..., primipare de 28 ans. D. R. du 26 au 28 août. Entre dans le service le 8 juin, envoyée par deux médecins de la campagne. Le travail a commencé le 6 juin dans la soirée, les membranes se sont rompues à ce moment. Au matin du 8, plusieurs tentatives d'application de forceps ont été tentées sans résultat. A 11 h. 30, on trouve un utérus mesurant 36 centimètres, sur la ligne médiane, le segment inférieur forme une voussure très nette avec encoche au niveau du bord gauche. A la palpation, la tête est facilement perçue à travers le segment inférieur aminci, elle déborde la symphyse, les B. du C. sont bien frappés. Au toucher, dilatation presque complète; il y a une volumineuse bosse séro-sanguine qui masque les sutures et plonge dans l'excavation. A 15 heures, césarienne basse sous rachianesthésie. Température : 38°4. Le segment inférieur est très œdématié. A l'incision du segment inférieur, un liquide verdâtre s'écoule rapidement aspiré par l'aspirateur. Dégagement de la tête laborieux, l'enfant est ranimé en dix minutes et crie bien. Sutures habituelles et péritonisation en redingote. L'enfant (3 kgr. 630) est porteur de lésions crâniennes dues au forceps, l'œil droit est très tuméfié, on voit l'emplacement d'une branche sur la nuque et au niveau d'une bosse pariétale une esquille osseuse est perçue. Il meurt trente-six heures après (l'autopsie montre une fracture du pariétal en étoile).

Suites opératoires : Une heure après l'intervention, la malade présente un frisson intense. Température, 40 degrés, pouls incomptable. Huile camphrée, sérum, abcès de fixation. Amélioration

légère le lendemain de l'observation, mais le 9 au soir l'état s'aggrave de nouveau. Le 10 au matin, on porte la malade sur la table d'opération. La paroi est putrilagineuse, on enlève le surjet aponévrotique et on se borne à ponctionner le péritoine sans ramener de pus. Décès deux heures après.

OBSERVATION XLII

(Professeurs Andérodias et Maille.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci
au début du travail (23 juillet 1930).*

Mme M..., 19 ans, primipare. Bassin P. S. P. : 10 cm. D. R. du 5 au 13 octobre. Entre en salle le 23 juillet à 4 heures. Poche des eaux intacte. La tête reste au-dessus du détroit supérieur et débordante; on n'entrevoit pas la possibilité d'un accouchement normal.

A 11 heures, césarienne basse. Technique habituelle. Sans incidents. Enfant de 3 kgr. 250.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XLIII

(Docteurs Gautret et Traissac.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci
après épreuve du travail. Éventration (28 juillet).*

Mme R..., IV-pare de 32 ans. Bassin : un faux promontoire à 9 cm. 5.

Première grossesse : Basiotripsie.

Deuxième grossesse : césarienne corporéale (3 kgr. 540).

Troisième grossesse : Accouchement normal (3 kgr. 500).

Quatrième grossesse : Actuelle.

Début du travail dans la nuit du 27 au 28. Rupture spontanée des membranes chez elle. Entre le 28 à 7 heures : dilatation de 2 francs, tête élevée. B. du C. bons.

A 10 h. 30, dilatation à 5 francs, contractions à type un peu hypertonique. A 11 heures, le professeur Andérodias décide la césarienne.

Opération : La cicatrice abdominale est scléreuse, mince à sa partie supérieure. Technique habituelle. Pas d'incidents. Enfant de 3 kgr. 740.

Suites opératoires : Abscès de la paroi, éventration.

OBSERVATION XLIV
(Docteurs Gautret et Treissac.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail.
Enfant décédé de gastro-entérite aiguë (28 juillet 1930).*

Mme J..., primipare de 21 ans. D. R. du 23 au 28 octobre. Bassin P. S. P. : 10 cm. 1/4. Entre à la salle de travail le 28 à 10 h. 30. Dilatation de 5 francs. Tête très élevée et débordante. B. du C. bons. On décide d'interrompre l'épreuve du travail en raison du défaut de progression de la tête.

Opération : Technique habituelle, sans incidents, enfant : 3 kgr. 160.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XLV
(Docteurs Gautret et Labat.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci
et présentation du siège pendant le travail (8 août 1930).*

Mme M..., II-pare de 22 ans. D. R. du 20 au 23 octobre.

Première grossesse en 1928. Deux applications de forceps. Enfant mort.

La malade a une présentation du siège décomplet, irréductible. On pratique la césarienne basse au début du travail. Pas d'incidents.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XLVI
(Professeurs Péry et Gautret.)

Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail. Absès de la paroi. Décédée d'embolie pulmonaire (1^{er} septembre 1930).

Mme X..., II-pare. Première grossesse en Espagne. Accouchement d'un enfant mort et macéré.

Deuxième grossesse : Actuelle.

Entre à la salle de travail le 1^{er} septembre à 1 heure, à la dilatation de 2 francs; la tête est élevée, la poche des eaux est intacte. B. du C. bons. A 9 h. 30, rupture artificielle des membranes à dilatation complète, légère hypertonie (1 cc. de morphine). A

11 heures, la tête est restée au-dessous du D. S., on décide d'intervenir.

Opération : Rachianesthésie. Technique habituelle sans incidents opératoires. Fille de 3 kgr. 400.

Suites opératoires : Absès de la paroi. La malade meurt d'embolie pulmonaire massive le 14^e jour.

OBSERVATION XLVII

(Docteurs Gautret et Treissac.)

*Césarienne basse itérative au début du travail
pour bassin rétréci (18 septembre 1930).*

Mme G..., 19 ans, II-pare. D. R. du 24 au 27 novembre. Bassin P. S. P. : 10 cm. 5; faux promontoires sacrés.

Première grossesse en 129. Césarienne basse, enfant vivant bien portant.

Deuxième grossesse, actuelle.

Début du travail le 18 septembre à 8 h. 30; à 10 heures, la tête reste très débordante; le professeur Péry décide la césarienne basse.

Opération : Echec de rachianesthésie. Anesthésie à l'éther. Adhérences pariétales multiples, extraction fœtale et délivrance sans incidents, légère hémorragie rapidement arrêtée par suture du segment inférieur et hypophyse (1 cc.). Enfant de 3 kgr. 040.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XLVIII

(Docteurs Gautret et Labat.)

*Césarienne basse au cours du travail
pour bassin rétréci (16 octobre 1930).*

Mme S..., II-pare, 25 ans. D. R. du 27 au 30 décembre. Bassin P. S. P. : 9 à 12.

Premier accouchement en 1927. Césarienne corporéale pour bassin rétréci.

Entre en travail le 16 octobre à 7 heures, membranes rompues le même jour à 1 heure du matin. Dans la matinée, le col est en voie d'effacement, les contractions régulières, la tête semble s'amorcer, à 16 heures, la dilatation est à 2 francs, la tête reste

fixée au D. S. ; à 19 heures malgré des contractions fortes, la dilatation fait peu de progrès et la tête n'a aucune tendance à l'engagement; dans ces conditions, on décide de terminer par une césarienne.

Opération : Echec de la rachianesthésie. Anesthésie à l'éther, incision de la cicatrice cutanée, à l'ouverture du ventre on voit l'utérus entièrement tordu sur son axe se présentant sur son bord gauche, deux épaisses adhérences retiennent la face antérieure de l'utérus au péritoine pariétal au voisinage de l'ombilic. Après leur section et ligature on ouvre le segment inférieur. Dégagement facile de la tête. Pas d'accidents opératoires. Garçon de 3 kgr. 100.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XLIX (Docteurs Gautret et Treissac.)

*Césarienne basse itérative pour bassin rétréci
au cours du travail (17 octobre 1930).*

Mme P..., II-pare de 19 ans. D. R. du 25 au 29 décembre. Bassin P. S. P. : 10 1à2.

Premier accouchement en 1929. Césarienne basse pour bassin rétréci.

Entre à la clinique le 25 septembre. Vaginite granuleuse et toucher très douloureux. Début de travail le 17 octobre vers 1 heure du matin; rupture des membranes à ce moment. A 10 heures, dilatation de 2 francs, la tête débordante, B. du C. bons. A 12 heures, on décide devant le défaut de progression de la tête d'intervenir par voie haute.

Opération : Rachianesthésie. Excision de la cicatrice cutanée. Après incision du péritoine décollable, on constate que la vessie est adhérente au segment inférieur, on la décolle sans grandes difficultés. La cicatrice de l'incision du segment inférieur est visible. Pas d'incidents opératoires. Sutures habituelles. Enfant de 3 kgr 300.

Suite. opératoires : Normales.

CONCLUSIONS

I. Il a été pratiqué, de 1920 à 1930, vingt-eux applications de forceps au détroit supérieur. Si la mortalité maternelle fut nulle, la mortalité infantile, avec neuf décès, fut de 40,8 %. On ne devra pas avoir recours à cette intervention dans le traitement des dystocies pelviennes.

II. De 1920 à 1926, il a été pratiqué vingt-deux accouchements provoqués. La mortalité maternelle fut nulle, la mortalité infantile, avec cinq décès, fut de 22,7 %. L'accouchement prématuré provoqué devra être banni de la thérapeutique des bassins viciés.

III. Il a été pratiqué sept basiotripsies et quatre versions. La basiotripsie ne devra être pratiquée qu'en cas de mort du fœtus, ou sur l'enfant vivant dont on estime la vie compromise à la suite de plusieurs tentatives de forceps. La version n'est qu'un procédé d'exception, les conditions requises pour la pratiquer sont trop rares.

IV. Il a été pratiqué quarante et une césariennes corporeales, quarante-neuf césariennes basses, dont trente-six césariennes corporeales et onze césariennes basses avant tout début de travail. La mortalité maternelle et infantile fut nulle dans les deux cas. Au début du travail, membranes rompues, cinq césariennes corporeales avec un décès maternel, soit une mortalité de 20 %, vingt-cinq césariennes basses avec un décès, soit 4 % de mortalité. -

Dans les interventions prophylactiques pour bassins chirurgicaux, la césarienne basse donne des résultats aussi

satisfaisants et même meilleurs que la césarienne corporeale si l'on envisage les risques de désunion ultérieure de la suture. Dans les interventions pratiquées même au tout début de travail, les résultats sont incomparables.

V. La césarienne basse permet l'épreuve du travail sans danger pour la mère, et grâce à cette éventualité, 50 % des femmes présentant un bassin limité accouchent spontanément ; elle permet ainsi d'éviter un grand nombre d'interventions.

VI. La résistance de la cicatrice après césarienne basse permet l'épreuve du travail lors des accouchements ultérieurs. Les opérations itératives, par suite de l'absence d'adhérences, seront plus faciles qu'avec la césarienne haute.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. ANDÉRODIAS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 décembre 1931,
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- Andérodias.** — Accouchement prématuré provoqué pour un bassin rétréci (*Soc. obst. et gyn. Bordeaux*, 18 mai 1920).
- L'opération césarienne basse. Indications et résultats d'après 32 observations (*Gaz. hebdom. Sciences méd. Bordeaux*, 25 avril 1928, n° 16).
- Avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne basse (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 sept. 1931).
- Armitage.** — Césarienne après épreuve du travail. Technique de l'auteur (*Surg. gynec. obst.*, 1925).
- Audebert et Estienny.** — La rachianesthésie dans la césarienne (*Bull. Soc. obst. gyn.*, 1928).
- Balard.** — Sur 3 cas de césarienne supra-symphysaire (*Soc. obst. gyn. Bordeaux*, novembre 1923).
- Etat actuel de la thérapeutique des viciations pelviennes (*Gaz. hebdom. Sciences méd. Bordeaux*, 30 octobre 1927).
- La césarienne basse d'après 25 cas personnels (*Gaz. hebdom. Sciences méd. Bordeaux*, 15 avril 1928).
- Balard et Planes.** — De la conduite à tenir chez les césarisées au cours des grossesses et des accouchements consécutifs (*Rev. pr. gyn. obst.*, novembre 1920, p. 437 à 445).
- Baux.** — Bassin généralement rétréci; césarienne basse (*Bull. Soc. gyn. obst.*, 1928).
- Boivin.** — Conceptions actuelles sur la conduite à tenir en présence d'un bassin rétréci (*Gazette Médicale de Paris*, 15 juin 1927).
- Bourret.** — *Thèse*, Lyon, 1908.
- Brindeau.** — Réflexions sur l'opération césarienne basse (*Soc. obst. gyn. Paris*, février 1922).
- De la rachianesthésie dans l'opération césarienne (*Bull. Acad. Méd. Paris*, 2 mars 1926).
- Brouha.** — L'épreuve du travail dans le traitement des bassins limités (*Liège Méd.*, 1^{er} juin 1930).
- Faut-il réserver strictement la césarienne abdominale aux cas purs (*Gyn. et obst.*, déc. 1921).

- Du rôle de la césarienne dans le traitement des bassins limités (*Bull. Acad. Royale méd. belge*, 23 févr. 1928).
- Burger.** — Indications particulières pour la césarienne basse (*Soc. obst. gynéc. Strasbourg*, juillet 1926).
- Cathala.** — De la valeur de la césarienne transpéritonéale basse (*Bull. Soc. obst. gyn.*, janvier 1926).
- Van Camvenberghe.** — Utilité de l'accouchement prématuré artificiel (*Revue mensuelle de gynéc. et de pédiatrie*, décembre 1913).
- Chatillon.** — A propos de la résistance des cicatrices sur le segment inférieur (*Rev. franç. de gyn. et obst.*, 10 octobre 1924).
- Couvelaire.** — Thérapeutique des viciations pelviennes (*Annales méd. chirurg. pratiques*, hiver 1927-1928, t. I^{er}, n° 33).
- Delaigue (R.).** — *Contribution à l'étude des résultats immédiats et éloignés de l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements du bassin* (thèse de Lyon, 1909).
- Desnoues.** — *Doit-on conserver l'accouchement prématuré dans le traitement de la dystocie par bassin rétréci ?* (thèse, Paris, 1910).
- Viggo Esmann.** — Sur 56 cas d'accouchements prématurés provoqués par les bassins rétrécis (*Gyn. et obst.*, nov. 1928).
- Favreau.** — *Journal gyn. et obst.*, Lille.
- Gall.** — *La césarienne abdominale*, Bologne, 1923.
- Gellé.** — *Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse* (thèse de Lille, 1930).
- Lemoussu.** — *La césarienne tardive* (thèse, Paris, 1908).
- L'Huilier.** — *Thèse de Bordeaux*, 1931.
- Le Lorier.** — Césariennes conservatrices après rupture des membranes (*L'Obstétrique*, 1911, p. 983 à 996).
- Manassi.** — *Contribution à l'étude de la césarienne supra-symphysaire* (thèse, Paris, 1925).
- Muller.** — L'accouchement dans les cas de bassins moyennement rétrécis (*Journal de Médecine de Paris*, 29 nov. 1928).
- Odagesco.** — *Les résultats de l'expectative dans les bassins limités et l'épreuve du travail.*
- Pestalozza.** — L'accouchement dans les bassins rétrécis (*Obstétrique*, 1909).
- Rivière.** — *Les progrès de l'opération conservatrice doivent-ils faire disparaître l'accouchement prématuré artificiel dans la thérapeutique des bassins rétrécis* (thèse, Bordeaux, 1919).
- Riss, Brahic et Olmer (Jean).** — A propos de l'accouchement

spontané dans les bassins rachitiques (*Gaz. d'accouchement de Montpellier*, 1^{er} juillet 1928).

Schockaert. — A propos d'un nouveau cas d'enfoncement du frontal dans un cas de bassin rétréci (*Soc. belge de gyn. et obst.*, séance du 6 octobre 1928).

Trillat. — Deux cas de césarienne basse itérative (*Bull. Soc. obst. gyn.*, octobre 1929).

Vallois. — *La Vie médicale*, 25 avril 1930.

Wollner (A.). — Traitement chirurgical de l'accouchement dans les bassins rétrécis (*Archiv. F. gynak.*, mai 1922).

